

年 月分 調剤報酬請求書送り状
 (国保連合会宛)

| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| レセ区分 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 採択 | 4 | | | |
| B. H | | ⋮ | | |

保険薬局の
所在地及び名称

開設者氏名

府県

薬局コード

| 区分 法制番号 | 請求 | | 一部負担金 (患者負担金) | 増減点 | | 返戻 | | 修正 区分 | |
|------------|------------------|--------------|------------------|-----|---|----|----|----------|--|
| | 件数 | 点数 | | 増 | 減 | 件数 | 点数 | | |
| 00 | 9 8 0 3 | 国民健康 被保険者 | 70歳以上 一般・低所得 | | | | | | |
| | | | 70歳以上 7割 | | | | | | |
| | | | 一般 | | | | | | |
| | | | 6歳 | | | | | | |
| 67 | 1 2 3 | 退職者 被扶養者 | 本人 | | | | | | |
| | | | 被扶養者 | | | | | | |
| | | | 6歳 | | | | | | |

公費負担医療

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | |

| | | |
|--------------|-------|---|
| 処方せん 受付回数 | 支払基金分 | 回 |
| | 国保連合会 | 回 |
| | 計 | 回 |

注意 1、 の部分に記入して下さい。

- 一般被保険者、退職者欄はそれぞれ別掲です。
- 公費負担医療は、一般被保険者、退職者欄の再掲です。
- 法制番号の記入のない公費は、順次空欄に記入してください。
- 処方せん受付回数は各請求月の受付回数を記入してください。
- 処方せん受付回数のうち支払基金分は医療保険、国保連合会分は国民健康保険+後期高齢者の合計を記入してください。